**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny**



**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Złocieńcu**

**ul. Kańsko 1; 78-520 Złocieniec**

tel. 94 36 71 222, fax. 94 37 21 453

[www.szpitalkansk.pl](http://www.szpitalkansk.pl), [www.szpitalkansk.4bip.pl](http://www.szpitalkansk.4bip.pl) |e-mail: sekretariat@szpitalkansk.pl

NIP: 253-00-98-261 | Regon: 330086948 | Sąd Rejonowy w Koszalinie IX Wydział KRS 0000027543

Załącznik Nr 1

**Do Zamawiającego :**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Złocieńcu**

ul. Kańsko 1

78-520 Złocieniec

**Przedmiot zamówienia :**

**Dostawa rejestratorów Holter EKG wraz z oprogramowaniem**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWINEIA**

**Ja/ My**\***:**

Dane dotyczące Wykonawcy/Wykonawców w przypadku oferty wspólnej[[1]](#footnote-1):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Pełna nazwa(y) Wykonawcy(ów)**  **NIP, REGON** | **Adres(y) Wykonawcy(ów) (siedziba)** | **Numery telefonu i faksu**  **e-mail** | **Rejestr[[2]](#footnote-2)** |
| **1.** |  |  |  | *Podmiot wpisany do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym ………………..…..*  *\…. Wydział Gospodarczy KRS pod numerem ……………*  *Podmiot wpisany do CEIDG RP* |
| **2.** |  |  |  | *Podmiot wpisany do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym ………………..…..*  *\…. Wydział Gospodarczy KRS pod numerem ……………*  *Podmiot wpisany do CEIDG RP* |

**Osoba umocowana (uprawniona) do reprezentowania Wykonawcy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  | |
| Adres, na który będzie przekazywana wszelka korespondencja |  | |
| Numer | REGON: | NIP: |
| Nr telefonu |  | |
| Nr faksu |  | |
| Adres e-mail |  | |
| Podstawa umocowania do reprezentowania Wykonawcy  (np. pełnomocnictwo lub inny dokument) oraz zakres reprezentacji |  | |

**Przedstawiciel Wykonawcy do kontaktu w sprawie zamówienia:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

**UWAGA:**

Jeżeli oferta jest składana wspólnie należy dołączyć pełnomocnictwo do reprezentacji podpisane przez wszystkich Partnerów.

**Składam/y ofertę w niniejszym postępowaniu i oferujemy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | TAK/NIE[[3]](#endnote-1) | **Parametry oferowanego urządzenia,  spełnia:** |
| **REJESTRATOR HOLTER EKG – 5 SZT** | | | |
|  | Nazwa: ……………………………………………………….  Typ, model: ……………………………………………….  Producent: ………………………………………………………  Rok produkcji: 2024 | Należy podać |  |
| 1. | Rejestrator 3 - kanałowy | TAK/NIE |  |
| 2. | Zapis danych w trybie 3 kanałów z 5 elektrod | TAK/NIE |  |
| 3. | Rejestrowane odprowadzenia:  - 3 odprowadzenia: mV1, mV3, mV5 | TAK/NIE |  |
| 4. | Klawiatura: Mikroprzełączniki | TAK/NIE |  |
| 5. | Sprawdzanie niepodłączonych odprowadzeń | TAK/NIE |  |
| 6. | Czas zapisu : 12 godzin, 24 godziny, 48 godzin, | TAK/NIE |  |
| 7. | Długość rejestracji: 200 – 900 MB przez 24h (zależny od sygnału i liczby odprowadzeń) | TAK/NIE |  |
| 8. | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | TAK/NIE |  |
| 9. | Wyświetlacz LCD min. „2” o rozdzielczości min. 128x64 | TAK/NIE |  |
| 10. | Waga rejestratora max 110g | TAK/NIE |  |
| 11. | Wymiary rejestratora: max 105 x 65 x 25 mm | TAK/NIE |  |
| 12. | Długość kabla pacjenta w zależności od odprowadzenia: 40-90 cm | TAK/NIE |  |
| 13. | Transmisja danych za pomocą USB, Karta SD | TAK/NIE |  |
| 14. | Automatyczne wyłączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta | TAK/NIE |  |
| 15. | Częstotliwość próbkowania 8 x 2000Hz | TAK/NIE |  |
| 16. | Rozdzielczości przetwornika AD przy rejestracji 24 bity | TAK/NIE |  |
| 17. | Funkcja wykrywania rozrusznika 100us przy próbkowaniu min.  40000Hz | TAK/NIE |  |
| 18. | Zapis danych na karcie pamięci typu SD min. 2 GB | TAK/NIE |  |
| 19. | Detekcja pracy stymulatora | TAK/NIE |  |
| 20. | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon), długość nagrania 10 s | TAK/NIE |  |
| 21. | Zakres częstotliwości (wyłączone filtry cyfrowe): 0,049 Hz – 220 Hz | TAK/NIE |  |
| 22. | Rozdzielczość przetwornika AD przy rejestracji głosu: 10 bitów | TAK/NIE |  |
| 23. | Impedancja wejściowa: > 20 MΩ | TAK/NIE |  |
| 24. | Wskaźnik niskiej baterii: sygnał dźwiękowy i komunikat na wyświetlaczu | TAK/NIE |  |
| 25. | Współczynnik tłumienia CMR (z filtrem cyfrowym): > 100 dB (> 115 dB)-dla kabla 5 odprowadzeniowego | TAK/NIE |  |
| 26. | Możliwość włączenia/wyłączenia dźwięku klawiszy | TAK/NIE |  |
| 27. | Zasilanie za pomocą max. 2 baterii lub akumulatorów AA | TAK/NIE |  |
| 28. | Dodatkowe, wewnętrzne zasilanie do podtrzymywania zapisu w trakcie wymiany baterii/akumulatorów. | TAK/NIE |  |
| 29. | Długość kabla pacjenta w zależności od odprowadzenia: 40-90 cm | TAK/NIE |  |
| 30. | Obudowa z PC-ABS | TAK/NIE |  |
| 31. | Warunki pracy : Temperatura 1°C - 55°C, Wilgotność 10% - 95%, Ciśnienie atmosferyczne 700 hPa – 1060 hPa | TAK/NIE |  |
| 32. | Zakres dynamiczny: 66 mVPP | TAK/NIE |  |
| 33. | Napięcie: 152 μV | TAK/NIE |  |
| 34. | Maksymalny zasięg napięcia wejściowego: ±393 mV DC | TAK/NIE |  |
| **OPROGRAMOWANIE HOLTERA EKG** | | | |
|  | Nazwa: ……………………………………………………….  Producent: …………………………………………………… | Należy podać |  |
| 35. | Współpraca z kompleksową platformą kardiologiczną, posiadaną przez Zamawiającego tj. BTL CardioPoint, w której można wykonać zarówno badania EKG z oceną ryzyka nagłej śmierci sercowej, jak i spirometrię, próbę wysiłkową, holter EKG, holter RR i ergospirometrię oraz telekonsultację badań | TAK/NIE |  |
| 36. | Platforma ma zapewniać możliwość archiwizacji badań holterowskich (EKG i ciśnienia) oraz testów wysiłkowych / wspólna baza pacjentów dla wszystkich modułów diagnostycznych (holter EKG, holter ciśnienia,  spoczynkowe EKG, spirometria, próba wysiłkowa, ergospirometria) | TAK/NIE |  |
| 37. | Możliwość rozbudowy oprogramowania o moduł telekonsultacji badań – wysyłanie badań do zdalnej oceny z poziomu oprogramowania diagnostycznego przy pomocy bezpiecznego łącza VPN | TAK/NIE |  |
| 38. | Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu- możliwość automatycznego zapisu raportu do wskazanej uprzednio lokalizacji | TAK/NIE |  |
| 39. | Możliwość edycji nazwy pliku raportu uwzględniająca datę urodzenia, imię, nazwisko, płeć, nr PESEL, czas i data wykonania badania | TAK/NIE |  |
| 40. | Współpraca z rejestratorami 7-kanałowymi, 12-kanałowymi  i 3-kanałowymi | TAK/NIE |  |
| 41. | Możliwość stosowania u dorosłych lub pediatrycznych pacjentów bez ograniczenia ze względu na wiek, płeć, wagę, wzrost | TAK/NIE |  |
| 42. | Możliwość stosowania u dzieci poniżej 10 kg wagi | TAK/NIE |  |
| 43. | Wielopoziomowa klasyfikacja pobudzeń | TAK/NIE |  |
| 44. | Możliwość wyłączenia z analizy dowolnego odprowadzenia- analiza tylko i wyłącznie z jednego odprowadzenia | TAK/NIE |  |
| 45. | Umożliwienie przeprowadzenie następujących analiz:  - Analiza HRV w formie tabelarycznej HRV trendy  - Analiza ST w formie tabelarycznej ST trendy  - QT, QTc w formie analizy tabelarycznej QT, QTc trendy  - Analiza QTc wg. Bazett’a. Hodges’a, Fridericia, Frimingham’a  - Wykresy QT/RR oraz QT/HR  - PQ w formie analizy tabelarycznej PQ trendy  - Wykresy PQ/RR oraz PQ/HR | TAK/NIE |  |
| 46. | Monitor aktywności pacjenta - graficzne zobrazowanie aktywnośći pacjenta; kolor różowy: pacjent aktywny fizycznie;  kolor niebieski:pacjent w stanie spoczynku | TAK/NIE |  |
| 47. | Obrazowanie Waterfall | TAK/NIE |  |
| 48. | Obrazowanie Relief- umożliwiający szybką detekcję migotania przedsionków | TAK/NIE |  |
| 49. | Obrazowanie Poincaré | TAK/NIE |  |
| 50. | Histogramy RR | TAK/NIE |  |
| 51. | Wykres PSD | TAK/NIE |  |
| 52. | Cyrkiel umożliwiający automatyczny i ręczny pomiar wartości:  P, PQ, QRS, QT, RR | TAK/NIE |  |
| 53. | Możliwość zmiany konfiguracji klasyfikacji dla m.in. rytmu: Bradykardii (z uwzględnieniem wieku pacjenta), Tachykardii (z uwzględnieniem wieku pacjenta), Rytmu zastępczego: RR, Rytmu nadkomorowego, Bigieminii/trigeminii/ quadrigeminii nadkomorowej, Bigieminii/trigeminii/quadrigeminii komorowej | TAK/NIE |  |
| 54. | Wyświetlanie sygnału EKG w postaci wstęg, stronicowym i kaskady | TAK/NIE |  |
| 55. | Wyświetlenie sygnału EKG na bieżąco na monitorze komputera  podczas przygotowania pacjenta | TAK/NIE |  |
| 56. | Komunikacja z komputerem poprzez kabel miniUSB z możliwością wyświetlenia zapisu EKG oraz poziomu szumów z każdego odprowadzenia na ekranie komputera, karty SD | TAK/NIE |  |
| 57. | Menu programu i raporty w języku polskim | TAK/NIE |  |
| 58. | Zabezpieczenie dostępu do programu kluczem sprzętowym i hasłem | TAK/NIE |  |
| 59. | Możliwość stworzenia nieograniczonej ilości kont użytkownika | TAK/NIE |  |
| 60. | Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu- możliwość automatycznego zapisu raportu do wskazanej uprzednio lokalizacji | TAK/NIE |  |
| 61. | Możliwość edycji nazwy pliku raportu uwzględniająca datę urodzenia, imię, nazwisko, płeć, nr PESEL, czas i data wykonania badania | TAK/NIE |  |
| 62. | Wyświetlenie trendów HR, RR oraz mierzonych wartości granicznych | TAK/NIE |  |
| 63. | Analiza czasowa podstawowych wartości badania względem godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność | TAK/NIE |  |
| 64. | Możliwość zmiany szaty graficznej w programie | TAK/NIE |  |
| 65. | Możliwość scalania szablonów | TAK/NIE |  |
| 66. | Możliwość usunięcia szumów | TAK/NIE |  |
| 67. | Możliwość usunięcia wybranego pobudzenia lub grupy pobudzeń | TAK/NIE |  |
| 68. | Możliwość wprowadzenia oraz usunięcia rozrusznika serca przed rozpoczęciem monitorowania, przed wczytaniem badania, w trakcie analizy zapisu | TAK/NIE |  |
| 69. | Tabela arytmii uporządkowana względem ważności | TAK/NIE |  |
| 70. | Możliwość rozbudowy systemu holterowskiego o dodatkowe stanowisko pielęgniarskie pracujące w sieci lokalnej z ograniczonymi prawami analizy badania | TAK/NIE |  |
| 71. | Możliwość automatycznego wstawienia zdefiniowanego szablonu diagnozy lekarza | TAK/NIE |  |
| 72. | Możliwość pracy w środowisku lokalnym i sieciowym | TAK/NIE |  |
| 73. | Interaktywny histogram odstępów RR z możliwością usunięcia  artefaktów | TAK/NIE |  |
| 74. | Interaktywny histogram różnic pomiędzy dwoma sąsiednimi pobudzeniami. Widok akceleracji/deceleracji pomiędzy pobudzeniami | TAK/NIE |  |
| 75. | Trendy oraz podział czasowy wzorów arytmii | TAK/NIE |  |
| 76. | Tachogram odstępów pomiędzy pobudzeniami w analizie HRV | TAK/NIE |  |
| 77. | Analiza czasowa wartości HRV w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | TAK/NIE |  |
| 78. | Podgląd do wartości granicznych ST w formie tabelarycznej | TAK/NIE |  |
| 79. | Łączny czas trwania odcinka ST ponad, poniżej i w limicie dla każdego odprowadzenia EKG | TAK/NIE |  |
| 80. | Analiza czasowa wartości ST w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta | TAK/NIE |  |
| 81. | Wykres oraz podział czasu na podstawowe wartości  badania/zdarzenia. | TAK/NIE |  |
| 82. | Współpraca z ACTIVE DIRECTORY | TAK/NIE |  |
| 83. | System logów monitorujący działania w oprogramowaniu takie jak: logowanie, kasowanie danych, zmiany w opisach etc. | TAK/NIE |  |
| 84. | Oprogramowanie stanowi jeden z modułów platformy medycznej, która zawiera holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, komputerowe EKG, ergospirometrię i komputerową spirometrię | TAK/NIE |  |
| **Pozostałe wymagania** | | | |
| 85. | Warunki gwarancji: zgodnie z projektem umowy  Okres gwarancji: minimum 24 miesiące | Należy podać | Okres gwarancji ……………….  miesięcy |
| 86. | Certyfikat CE oraz wymagany certyfikat medyczny | TAK/NIE |  |
| 87. | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie | TAK/NIE |  |
| 88. | Paszport urządzenia | TAK/NIE |  |

1. Wykonanie przedmiotu zamówienia dla SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieńcu, w zakresie określonym przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym:

**Dostawa rejestratorów Holter EKG wraz z oprogramowaniem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Cena** | | | |
| 1. CENA wykonania zamówienia | | | |
|  | **CENA NETTO** | **VAT** | **CENA BRUTTO** |
| Dostawa rejestratorów Holter EKG wraz z oprogramowaniem |  |  |  |
| **słownie cena brutto**: ............................................................................................................................ **zł** | | | |
| 1. **Okres gwarancji na wykonane roboty, materiały i zamontowane urządzenia (G)** | | | |
| Na wykonany przedmiot zamówienia udzielam gwarancji na okres ………… miesięcy licząc od daty podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego (minimum 24 miesięcy),  *Minimalny okres gwarancji wymagany przez Zamawiającego nie może być krótszy niż 24 miesiące licząc od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego.*  *W przypadku, kiedy Wykonawca w formularzu ofertowym wpisze okres gwarancji krótszy niż 24 miesięcy, Zamawiający odrzuci ofertę Wykonawcy jako niezgodną z treścią Zapytania ofertowego.* | | | |

1. **Wykonawca jest:**

🞏 mikro przedsiębiorstwem

🞏 małym przedsiębiorstwem

🞏 średnim przedsiębiorstwem

Uwaga:

Przez Mikro przedsiębiorstwo rozumie się: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Przez Małe przedsiębiorstwo rozumie się: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Przez Średnie przedsiębiorstwa rozumie się: przedsiębiorstwa, które nie są mikro przedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43milionów EUR.

Powyższe informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

1. **Korzystanie z podmiotów udostępniających swoje zasoby.**

🞏 TAK\*

🞏 NIE\*

\*zaznaczyć odpowiednie.

Oświadczam/y, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w rozdz. VII specyfikacji warunków zamówienia polegać będę/będziemy[[4]](#footnote-3)\* na zdolnościach technicznych\* lub zawodowych\* lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej\* innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących nas z nimi stosunków prawnych w następującym zakresie:

1. warunek udziału w postępowaniu:

.......................................................................................................................................................

nazwa i adres podmiotu udostępniającego:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Podmiot udostępniający będzie wykonywał w realizacji przedmiotu zamówienia następujące roboty budowlane\*/ usługi \***

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. warunek udziału w postępowaniu:

.......................................................................................................................................................

nazwa i adres podmiotu udostępniającego:

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Podmiot udostępniający będzie wykonywał w realizacji przedmiotu zamówienia następujące roboty budowlane[[5]](#footnote-4)\*/ usługi \***

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

UWAGA:

**Do oferty należy załączyć (od każdego podmiotu udostępniającego)** zobowiązanie podmiotu udostępniającego.

1. **Podwykonawcy[[6]](#footnote-5)**

Oświadczam(y), że zamówienie wykonamy:

1. samodzielnie\*
2. przy udziale podwykonawców\* zawierając z nimi stosowne umowy w formie pisemnej pod rygorem nieważności

**Części zamówienia, której wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj i zakres robót powierzanych podwykonawcy**  **(opisać rodzaj i zakres robót)** | **Nazwa i adres podwykonawcy**  **(jeżeli jest znany)** |
| **1.** |  |  |

1. **Oświadczenia**

**Oświadczam/y, że:**

1. niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione

…………………………………………………………………………………………………………………….

**Udokumentowanie zasadności zastrzeżenia tajemnicy przedsiębiorstwa przedkładam jako załącznik do oferty.**

1. w cenie ofertowej zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do wykonania zamówienia z należytą starannością i zgodnie z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego,
2. termin płatności: 60 dni.,
3. uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Zapytaniu ofertowym.
4. zapoznaliśmy się z Zapytaniem ofertowym, w szczególności z opisem przedmiotu zamówienia oraz projektem umowy wraz z wyjaśnieniami i modyfikacjami i przyjmuje/my te dokumenty bez zastrzeżeń.
5. akceptujemy projekt umowy i w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Zapytaniu ofertowym, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego oraz zabezpieczyć umowę w sprawie zamówienia publicznego zgodnie z treścią Zapytania ofertowego.
6. uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania i złożenia oferty oraz wykonania zamówienia.
7. nie uczestniczymy jako Wykonawca w jakiejkolwiek innej ofercie złożonej w celu uzyskania niniejszego zamówienia.
8. wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[7]](#footnote-6)
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania.
10. **Dokumenty składane do oferty**

Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1. Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych
2. Oświadczenie RODO
3. Oświadczenie wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
4. Inne dokumenty: ………………………………………………………….. (*wymienić*)
5. **Inne informacje Wykonawcy.**

………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………….

1. W przypadku podmiotów ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia należy podać wymagane informacje w zakresie każdego podmiotu; w punkcie 2 dotyczy wskazania nazwy Lidera podmiotów wspólnie ubiegających się o zamówienie lub osoby do kontaktu w przypadku jednego Wykonawcy ubiegającego się o zamówienie. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niewłaściwe skreślić. [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#endnote-ref-1)
4. \*jeżeli nie dotyczy należy obowiązkowo skreślić [↑](#footnote-ref-3)
5. \*niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)
6. Nieuzupełnienie treści oświadczenia stanowi podstawę przyjęcia przez Zamawiającego, iż Wykonawca wykona zamówienie samodzielnie [↑](#footnote-ref-5)
7. W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-6)